编号

**广东省医学教育协会 神经康复公益培训 讲师团**

**专家信息登记表**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **姓 名** |  | **性 别** |  | | | **出生年月** |  | | | | 相片 |
| **籍 贯** |  | **民 族** |  | | | **党 派** |  | | | |
| **学 历** |  | **学 位** |  | | | **职 称** |  | | | |
| **工 作**  **单 位** |  | | | | | **职 务** |  | | | |
| **通 讯**  **地 址** |  | | | | | **科室** |  | | | | |
| **从 事**  **专 业** |  | | | **手机** |  | | | | **科室电话** |  | |
| **医师资**  **格证号** |  | | | | | **E-mail** | |  | | | |
| **个人**  **简历** | 本人签名： | | | | | | | | | | |
| **专业相关资格及曾获奖励/**  **荣誉** |  | | | | | | | | | | |
| **已参加其**  **他社团名称及任职** |  | | | | | | | | | | |
| **推荐单位意见：**  年 月 日  （科室/部门盖章） | | | | | | **协会审批意见：**  年 月 日  （单位盖章） | | | | | |

注：内容如超过两页，请双面打印；登记表需要签名并盖章后寄回协会

协会地址：广州市天河区天源路804号萌芽1968园区A07栋

电话： 020-29035821